Altamira (F.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

¿CUÁL ES EL MEJOR TRATAMIENTO

DE LAS

DESGARRADURAS PERINEALES?

TESIS

QUE PARA OPTAR Á LA PLAZA DE
PROFESOR ADJUNTO Á LA CÁTEDRA DE CLÍNICA GINECOLÓGICA
PRESENTA EL

DR. FRANCISCO ALTAMIRA.



MÉXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE
Callejón de Betlemitas Num. 12

1895



Á MIS DISTINGUIDOS MAESTROS

LOS DRES.

RAFAEL LAVISTA, JOSE MARIA BANDERA

Y

DEMETRIO MEJIA.

¿CUÁL ES EL MEJOR TRATAMIENTO DE LAS DESGARRADURAS PERINEALES?

SE entiende por desgarraduras del perineo las soluciones de continuidad del mismo.

Muy variadas causas pueden producirlas; pero más comunmente tienen lugar por la distensión exagerada, en ciertas condiciones, del perineo por el ovoide fetal al darle paso en ese tiempo del trabajo del parto.

Dos condiciones son necesarias para que el perineo no se rompa á la hora del parto:

Primera. La imbibición de las partes blandas, debida á la congestión venosa intensa del fin de la preñez, y la elasticidad de los tejidos cutáneo y muscular. Cuando alguna de éstas falta, el perineo se rompe con suma facilidad: esto se verifica en varias circunstancias, de las que la principal es la siguiente:

En algunas mujeres que se hacen embarazadas en la edad madura, época en la que los tejidos han adquirido una mayor rigidez y en la que ya es poco móvil

el coxis por estar soldado al sacro; disminuye por este motivo el estrecho inferior, lo que produce casi constantemente la desgarradura perineal.

Mencionaremos como causa de desgarradura perineal, la estrechez de la vulva, el volumen exagerado de la cabeza del feto, su presentación posterior, el paso brusco de ésta y de los hombros. Uniremos á éstas la estrechez del arco pubiano, los vicios de conformación de la pelvis, lo mismo que las aplicaciones de forceps y las versiones mal hechas.

Las desgarraduras divídense en completas é incompletas.

Las segundas solo han interesado la horquilla y el perineo, sin llegar al esfínter del ano. Las primeras interesan todo el perineo hasta el esfínter, y algunas veces el tabique recto–vaginal.

Se subdivide en dos especies á las incompletas, según que solo interesan á la horquilla ó que lo hacen con ésta y el perineo. Esta subdivisión se hace con las completas si han comprendido el esfínter, ó éste y el tabique recto–vaginal.

SÍNTOMAS.

DE LAS INCOMPLETAS.

La vulva parece abierta y alargada hacia atrás, y hay al nivel de la horquilla una superficie cicatrizal lisa.

Si la lesión es antigua, hay, á veces, cistocele, y algunas otras prolapso del útero. Hay metritis y dificultad para la marcha.

DE LAS COMPLETAS.

Los conductos vulvar y anal están unidos en uno solo, formando una verdadera cloaca en el fondo, de la que se ven los pliegues de la mucosa rectal.

El tabique está redondeado en forma de bóveda ó de ojiva. Algunas veces la columna posterior de la vagina está aislada por dos desgarraduras laterales que le dan la forma de una úvula. El tejido de cicatriz deforma á la región de una manera variable, engrosando uno de los bordes de la herida y adelgazando el otro.

Es muy común que estas desgarraduras coincidan con otras del cuello, y se observa en éstas más comunmente el prolapso del útero y el cistocele.

Como fenómenos constantes señalaremos la incontinencia de gases y materias fecales líquidas.

PRONÓSTICO.

Estas lesiones no ponen en peligro la vida de las enfermas de una manera directa; pero por las molestias que originan hacen su vida muy amarga, produciendo una depresión moral y un estado nervioso exagerado;

dando lugar á trastornos conyugales de los más serios si la intervención del médico no viene á remediar esta situación. Felizmente, con los procedimientos actuales puede hacerse, de una manera completa y permanente, la reparación de las desgarraduras de esta región. De tal manera, que estas enfermas pueden parir sin que su perineo sufra la más pequeña alteración después de haberlo reparado.

. He tenido ocasión de ver operadas por estos accidentes algunas enfermas, en las que, después de hecha la operación por mi distinguido amigo el Dr. Mejía, no han sufrido en su perineo reconstituido ninguna alteración en sus partos consecutivos.

TRATAMIENTO.

DESGARRADURAS RECIENTES.

La opinión de los cirujanos se ha dividido entre si es conveniente hacer la sutura perineal desde luego ó esperar á que la naturaleza, con sus esfuerzos, repare la solución de continuidad. Por mi parte, no vacilo en hacer inmediatamente después del parto la sutura perineal, aunque la desgarradura sea bastante profunda y que sus bordes se encuentren algo contundidos

Hace más de 14 años en que, por las circunstancias especiales en que tenía que ejercer la profesión médica, por habitar en un lugar en donde no tenía recur-

sos de ninguna especie, me vino la idea de hacer la sutura inmediata del perineo en los casos de desgarradura de esta región después del parto, con el objeto de evitarme el tener que practicar una operación de mayor importancia, para la cual no contaba ni con ayudantes, ni con elementos de ninguna clase para llevarla á cabo.

Posteriormente he acompañado á mi buen amigo el Dr. Mejía, en un regular número de operaciones de esta clase, y siempre las he visto coronadas del mejor éxito.

En esta clase de operaciones se aprovecha el avivamiento natural de los labios de la herida; se hace una sutura profunda con seda fenicada, de puntos separados, seguido el manual operatorio de los principios de rigurosa antisepsia; y generalmente al octavo ó décimo día la cicatrización de la herida se ha verificado en su totalidad.

DESGARRADURAS ANTIGUAS.

Reseña histórica.—El primero que practicó la sutura del perineo fué Guillemeau, en el XVII siglo. En el siguiente, Lammotte, Smellie, Noël, Murenna, Saucerotte, la intentaron con más ó menos buen éxito.

En la época actual, Dieffembach, en Alemania, ha sido el promotor de un método que ha servido de modelo á numerosos procedimientos, y ha sido perfeccionado por Roux.

El procedimiento de Langembeck, basado en el avivamiento autoplástico por despegamiento.

En los Estados Unidos, desde 1855 ha sido seguido el procedimiento de Emmet. Lo original de éste consiste en que, á la vez que se hace la sutura, de manera que se aproxime la herida, cerrándola como una bolsa, se tiene cuidado de reunir la extremidad del esfínter, dividido por la aplicación de un hilo llamado subesfinteriano, muy profundo y oblicuo de atrás á adelante.

Posteriormente, Lawson Tait ha inventado un método nuevo, que consiste en el despegamiento rápido de la mucosa seguido de la aplicación de puntos de sutura.

DESGARRADURAS INCOMPLETAS.

Procedimiento de Emmet.—Este cirujano quita al nivel del perineo, y sobre el lado interno é inferior de la vulva, un colgajo de mucosa, teniendo la forma de dos hojas. Despoja también de su mucosa toda la parte inferior de la porción vaginal posterior cercana á la horquilla. El objeto que se propone este cirujano es atraer la parte vaginal avivada atrás de la parte vulvar igualmente avivada, de manera que la refuerce.

Para obtener este resultado, el primer hilo pasa en el gran labio arriba de la parte avivada, y después en

la parte de la pared vaginal que no ha sido avivada, siguiendo el mismo camino del otro lado.

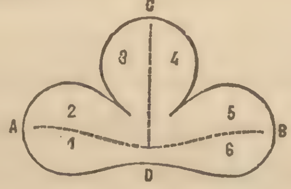
El segundo hilo pasa abajo de la parte superior del avivamiento del gran labio, después en la parte avivada de la vagina, pero solamente en la línea media, y es libre en el resto de su extensión.

Los demás siguen su camino debajo de toda la parte avivada de los grandes labios y de la vagina.

Cuando se hace la sutura el resultado es el siguiente:

La parte derecha 3 del foliolo medio vaginal se pone en contacto con la parte posterior 2 del foliolo avivado lateral del mismo lado. La porción vaginal izquierda se aplica con la porción posterior labial del mismo lado.

Las partes extremas de los foliolos labiales derecho é izquierdo, 1 y 6, se adhieren para formar el perineo, y la horquilla y los puntos A, B, C, se encontrarán unidos al nivel de la horquilla.



Procedimiento de Lawson Tait.—Se coloca á la mujer en posición dorso-sacra, y después de haber lavado la vagina y el recto, el operador introduce en el ano los dedos índice y medio de la mano izquierda. Dos ayudantes, colocados á cada lado del cirujano, extienden lo más posible el campo operatorio, llevando directamente los lados de la vulva hacia las tuberosida-

des sciáticas, y por este procedimiento se ve la pared posterior de la vagina en toda su extensión.

Este cirujano se sirve de las tijeras puntiagudas. Hunde la punta del instrumento, de adelante á atrás, sobre la línea media entre la comisura posterior de la vulva y el ano. Despega el tabique recto-vaginal de ambos lados. Se hacen después dos incisiones verticales, partiendo de la unión de los grandes con los pequeños labios, dirigiéndolas de arriba abajo para venirlas á unir en ángulo recto con la incisión transversal. Las tres incisiones forman un cuadrilátero cuyo borde superior está formado por el colgajo vaginal retraído que le cubre en una pequeña extensión. (Fig. 1).

Para que el colgajo no sea muy delgado, es necesario dividir el tabique recto-vaginal exactamente en la línea media.

Las incisiones laterales son más profundas de lo que se supone.

La aplicación de la sutura forma el segundo tiempo de la operación. El modo de aplicarla es el siguiente:

El cirujano introduce, como ya hemos dicho, sus dedos índice y medio de la mano izquierda en el recto. Con la mano derecha toma una aguja en su porta-aguja ensartada con hilo de seda fenicada resistente.

La aguja es introducida en la herida misma, dentro del borde izquierdo de ésta; después se desliza transversalmente en el tejido y se saca á algunos milímetros de la línea media; volviendo á meterla en el punto

simétrico del lado opuesto y derecho de la misma, y sacándola dentro del borde derecho de la herida. (F. 2).

Generalmente cuatro puntos de sutura son suficientes.

Una vez terminada la sutura se lava la herida perfectamente con una solución antiséptica, y se procede á anudar los hilos, los que quedan colgando, y en el interior de la herida, después de afrontar los labios de la misma. No emplea este cirujano puntos de sutura superficiales. El colgajo vaginal retraído forma un repliegue en el vértice de la sutura, constituyendo parte de la horquilla.

Terminado esto se hace una curación antiséptica, teniendo cuidado de hacer el cateterismo uretral durante los dos ó tres primeros días después de la operación.

Al cabo de doce ó catorce días se quitan los puntos de sutura, y la enferma se encuentra completamente curada.

Algunos cirujanos prefieren el catgut ó la seda al hilo de plata que usa Lawson Tait, entre ellos Martin; pero el primero tiene el inconveniente de reabsorberse muy rápidamente, y á consecuencia de esto se vuelve á abrir la herida. Yo prefiero el hilo de seda, que no tiene este inconveniente.

DESGARRADURAS COMPLETAS.

Para remediar las desgarraduras completas se han inventado un sinnúmero de procedimientos con el fin de reparar de una manera completa el perineo. El prin-

cipio general de todos estos procedimientos consiste en el avivamiento de la porción desgarrada y la sutura; habiendo en casi todos ellos pérdida de substancia por la separación del colgajo que se desprende, excepto en el procedimiento de Lawson Tait, en el que, después de haber hecho una disección minuciosa en el tabique recto–vaginal, se hace la sutura perineal, sin que haya pérdida de substancia.

Me limito á describir los procedimientos de Emmet y Lawson Tait que, á mi juicio, son los más importantes, pues los demás, como el de Hegar y Simón, Martin y algunos otros, no han hecho más que traer algunas modificaciones á los procedimientos primeramente mencionados.

PROCEDIMIENTO DE EMMET.

Este método comprende dos tiempos: 1.°, el avivamiento de las partes laterales del perineo desgarrado, y después la sutura perineal.

El avivamiento se hace sobre las partes laterales del perineo en forma de triángulo, cuya base está dirigida hacia la piel.

El lado superior sigue la pared vaginal y sube hasta el cuarto inferior del gran labio. El otro pasa adelante del límite anterior del orificio anal.

Los dos triángulos están unidos entre sí por el avivamiento vaginal de la parte inferior del tabique recto–vaginal, y de esta manera la figura que resulta es la

de una mariposa de alas extendidas. Las alas están representadas por el avivamiento lateral, y el cuerpo por el medio.

La enferma se coloca en el decúbito dorsal.

Se hace un lavado de la vagina, perineo y recto.

Distendidas las partes laterales por dos ayudantes, se señalan con el bisturí los límites de los triángulos laterales. Se procede al avivamiento por la parte media, con el objeto de no ser molestado por la sangre al hacer el de los lados. Se concluye este tiempo de la operación con las tijeras. Una vez terminado el avivamiento, se procede á hacer la hemostasia, lavando con agua fría la superficie cruenta de la vagina y recto.

2.° Tiempo.—Sutura.—Ésta puede hacerse con una aguja de gran curvatura ó con una de Hagedom.

Generalmente se hace uso de los hilos de plata. Estos hilos deben ser colocados de atrás hacia delante y de fuera hacia dentro, para cuyo objeto el cirujano introduce sobre el lado izquierdo del perineo, y á un centímetro hacia atrás y afuera de la circunferencia posterior del ano, la punta de la aguja: empujándola hacia adelante se la hace caminar al través de la parte inferior del tabique recto-vaginal, para venir á salir en el punto simétrico del lado opuesto. Durante este tiempo la introducción del índice izquierdo en el recto es indispensable. Tiene triple objeto: tiende el tabique, guía á la aguja en el espesor de los tejidos é impide su salida en el recto.

Esta maniobra debe hacerse con cuidado, con bastante lentitud, para evitar el que salga dentro del intestino la aguja.

Generalmente cinco ó seis puntos de sutura bastan, distantes uno de otro medio centímetro. Los hilos deben apretarse de abajo arriba, comenzando por el posterior, y deberá procurarse, al apretar el primero, que la constricción no sea demasiada, á cuyo fin se introduce el índice después de hecha la constricción, pues de otra manera habría dificultad para la emisión de los gases y de las materias fecales.

El objeto que se propone Emmet pasando el hilo posterior atrás del ano y haciéndolo atravesar el tabique recto-vaginal, es traer adelante los dos extremos del esfínter del ano dividido y ponerlos en contacto, de manera que se restablezca en su integridad el anillo esfinteriano, restituyéndole su forma y dimensiones.

PROCEDIMIENTO DE LAWSON TAIT.

Difiere poco del que se ha descrito en las desgarraduras incompletas.

El cirujano comienza por hacer el despegamiento del tabique recto-vaginal para transformarlo en un colgajo rectal y otro vaginal. Este despegamiento se hace mejor con bisturí que con tijeras.

Se hacen dos incisiones laterales, partiendo de la

unión de los grandes con los pequeños labios, para venir á unirlos con la incisión transversal. Á estas incisiones hay que unir otras posteriores, y se tiene entonces formada una H, en la cual la línea transversal está más cerca de la parte posterior.

Luego se disecan los colgajos así formados, que se retraen y dejan á la vista una superficie cruenta de forma de un cuadrilátero.

La sutura.—Es necesario hacer el primer punto de sutura de manera que atraviese las extremidades del esfínter del ano, lo que se puede reconocer por una pequeña depresión en la cicatriz.

Lawson Tait no comprende la piel en la sutura.

La curación se reduce á cuidados de limpieza y aplicación de antisépticos.

Es conveniente sondear á la enferma los primeros días para evitar que la orina ensucie la herida.

Antiguamente se tenía costumbre de constipar á las enfermas tres ó cuatro días, por el temor de que las materias fecales puestas en contacto de la superficie de la herida, pudieran infectarla; pero este peligro ha desaparecido desde que no se hace sutura en el recto. Por el contrario, el paso por éste de las materias fecales endurecidas, puede producir la extensión exagerada y la desgarradura de la parte suturada, ó alterando la salud de la paciente retardar la cicatrización. Es preferible dar un purgante la víspera de la operación, establecer el régimen lácteo los primeros días y

administrar un ligero laxante el tercero ó cuarto de la operación.

Se vigilará la marcha de la temperatura.

Una elevación de ésta debe hacer temer la infección.

ELECCION DEL PROCEDIMIENTO.

Yo prefiero á todos el de Lawson Tait, por las razones siguientes.

1.ª Por la sencillez y rapidez. 2.ª Por el gran espesor de perineo que rehace después de la sutura. 3.ª Porque la sutura se hace en las capas musculares profundas. 4.ª Porque quedan todos los puntos de sutura del lado del perineo, lo que evita la infección que pudiera resultar haciendo la sutura rectal como en los procedimientos de otros autores. 5.ª Porque en este procedimiento no hay pérdida de substancia, de tal manera que si la sutura, por desgracia, se rompiera en alguno de sus puntos ó no diere resultado por algún accidente, el estado de la enferma no empeoraría por esto ó porque se produjera una fístula del recto y de la vagina, porque podría intentarse de nuevo la operación. 6.ª Porque lo que queda del perineo es bastante grande y resistente, de tal manera, que he visto á algunas enfermas parir después de algún tiempo sin que haya sufrido su perineo ninguna alteración.

Procedimiento de Lawson Tait.

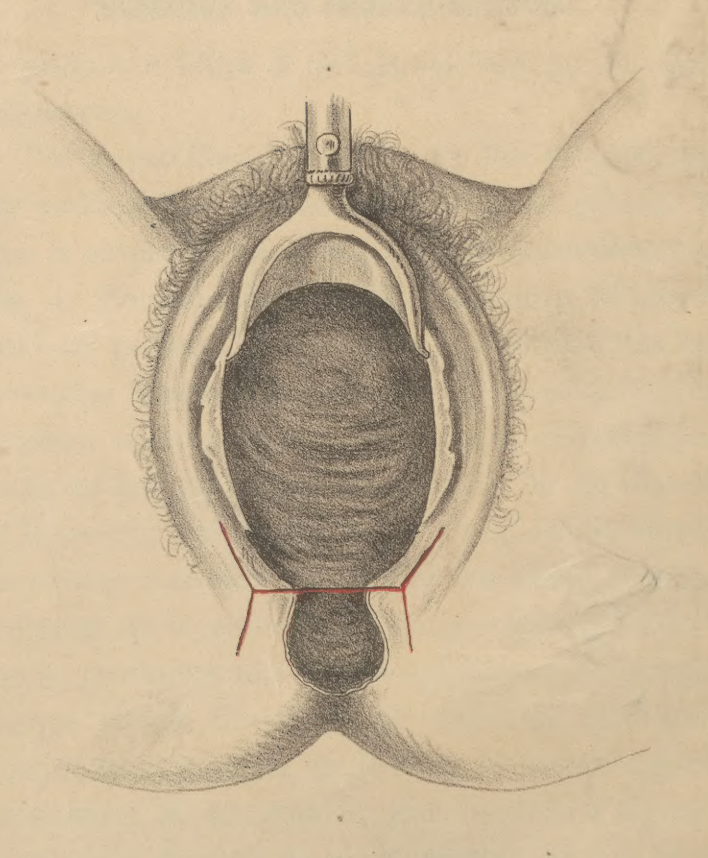


Fig. 1. Modo de hacer las incisiones.

Procedimiento de Lawson Tait.

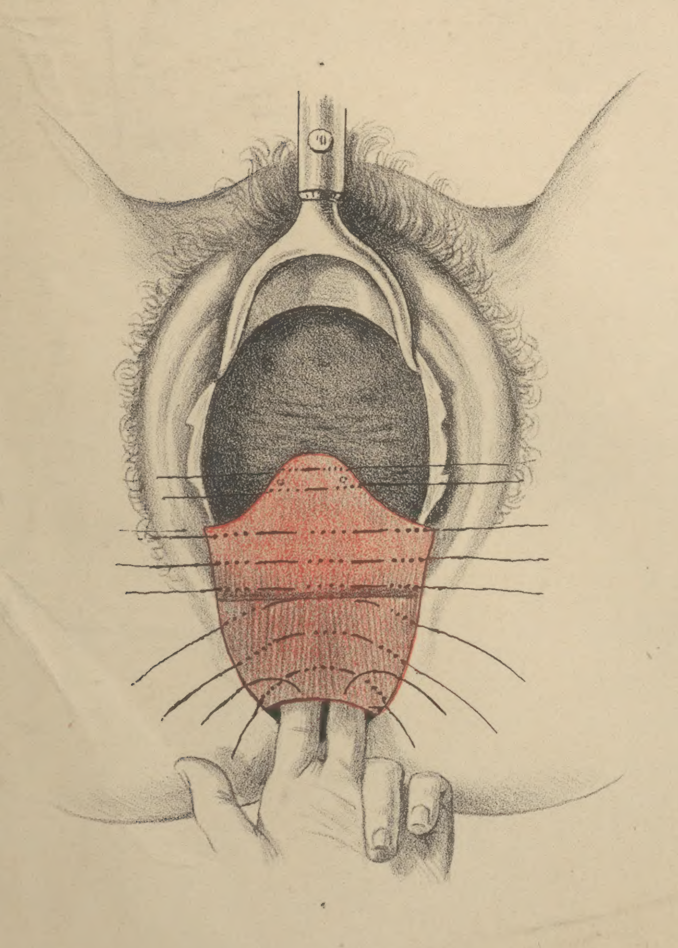


Fig. 2. Modo de hacer la sutura.